N° 48 14

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 23 avril 1904

PAR

ÉDOUARD JAUBERT

Né à Taillades (Vaucluse)

OFFICIER DE SANTÉ, MÉDECIN DE COLONISATION EN ALGÉRIE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS, RUE VIEILLE-INTENDANCE

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻), Doyen.
FORGUE, Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale.	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.	GRYNFELTT.
Id. Chargé du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies ment. et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et Appareils.	ESTOR.
Microbiologie,	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.).

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS (✻).
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	PUECH, agrégé.
Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards..	VIRES, agrégé.
Pathologie externe...........................	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale..........................	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
BROUSSE.	VALLOIS.	IMBERT L.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	JEANBRAU.
de ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.
PUECH.	VIRES.	

M. IZARD, *Secretaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.*
GRANEL, *professeur.*
BROUSSE, *agrégé.*
GALAVIELLE, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A mes Filles chéries YVONNE et JEANNE

ÉD. JAUBERT.

A mes anciens Maîtres de l'École de Médecine d'Alger

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Montpellier

A Monsieur le Professeur BAUMEL

Notre distingué Président de Thèse

A Messieurs les Professeurs GRANEL, BROUSSE
et GALAVIELLE

ÉD. JAUBERT.

AVANT-PROPOS

La syphilis héréditaire se présente sous des aspects fort différents; depuis les altérations fœtales *in utero* jusqu'aux manifestations tardives qui n'apparaissent que plusieurs années après la naissance, alors que le sujet a déjà dépassé l'enfance, tant de formes particulières peuvent s'interposer qu'il est assez difficile de tracer des limites exactes et d'imposer un cadre typique à des phénomènes aussi divers.

Nous n'avons aucunement l'intention de faire ici une revue générale de l'hérédo-syphilis. Mais M. le professeur Baumel nous a communiqué une observation fort intéressante et méritant d'être minutieusement étudiée. D'ailleurs, il nous avait déjà été donné de remarquer des cas presque semblables dans notre clientèle algérienne, où malheureusement la syphilis est répandue au point de rendre trop communes les observations de transmission héréditaire.

Le cas qui nous occupe est une forme de syphilis infantile proprement dite, mais qui offre comme signes particuliers des troubles spéciaux de l'évolution dentaire de l'enfant, en particulier une courbe thermique absolument caractéristique.

Après avoir rapidement mis au point les symptômes de l'hérédo-syphilis, nous relaterons notre observation, sur laquelle nous ne saurions trop insister, puisqu'elle est la base de notre travail.

Dans le chapitre suivant, nous étudierons les phénomènes généraux que nous avons trouvés. Les troubles dentaires nous arrêteront ensuite, et nous terminerons notre modeste étude par l'exposé du traitement et du pronostic.

Avant de quitter la Faculté de Montpellier, il nous reste plusieurs devoirs à remplir.

Qu'il nous soit permis, tout d'abord, d'évoquer la mémoire de nos anciens maîtres de l'Ecole de Médecine d'Alger dont nous avons conservé un éternel souvenir, car, les premiers, ils nous ont guidé dans nos débuts de l'art médical.

Nous ne saurions donc trop les en remercier. Certes cela date de longtemps !

Transformé en un jour et, de vieux praticien devenu jeune étudiant, nous ne saurions nous soustraire à cette douce et agréable obligation qui veut que l'élève rende hommage aux Maîtres.

Bien cordialement et en toute sincérité nous adressons publiquement nos remerciements aux éminents Professeurs de la Faculté de Montpellier qui ont bien voulu nous faire profiter de leurs leçons et nous éclairer de leurs conseils pendant le temps trop court, hélas ! que nous avons passé à Montpellier.

Nous sommes tout particulièrement heureux de remercier nos examinateurs : M. le professeur doyen Mairet, MM. les professeurs Estor, Forgue, Carrieu, Baumel, MM. les professeurs agrégés Vallois, Puech, Jeanbrau, Brousse, Galavielle et Vedel.

Que M. le professeur Granel reçoive ici l'hommage de toute notre reconnaissance pour les bons conseils et les encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer d'une façon si bienveillante.

Nous ressentons vivement aussi l'honneur que nous fait M. le professeur Baumel en acceptant de présider la soutenance de notre thèse et nous tenons à lui exprimer toute notre reconnaissance pour l'amabilité qu'il a eue à notre égard.

Nous adressons aussi à notre ami M. le docteur Benoit tous nos remerciements pour les renseignements qu'il a bien voulu nous aider à recueillir et nous l'assurons de notre vive sympathie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CHEZ L'ENFANT

HISTORIQUE

Nous n'avons pas ici l'intention de faire l'historique de la syphilis héréditaire : un volume entier n'y suffirait pas. Nous allons seulement rechercher quels sont les auteurs qui ont signalé cette action funeste de la syphilis sur le nouveau-né.

Le premier auteur qui semble signaler la syphilis chez les enfants est Tizio, mais il ne paraît pas soupçonner l'existence de la syphilis congénitale. Tarella et Catanée reprennent la question surtout au point de vue étiologique et affirment que le point de départ de l'affection est le lait de la mère. Paracelse, le premier, reconnut en 1529 l'hérédité de la vérole et en dit : *Fit morbus hereditarius et transit a patre ad filium.* Depuis lors, nombreux sont les travaux qui ont été publiés sur cette question. Théodorius, Augier, Ferrier, Haschardius, Rondelet se rangèrent à l'opinion de Paracelse : « *Vide-*

bitis, disait Fallope, *puerulos nascentes ex fœmina infecta et ferumtur peccatum parentum qui videbuntur semi cocti*».

Ambroise Paré l'admet nettement : «Souvent, dit-il, on voit sortir les petits enfants hors le ventre de leur mère ayant cette maladie ; et tost après, avoir plusieurs pustules sur leur corps ; lesquels étant ainsi affectés baillent la vérole à autant de nourrices qui les allaitent».

Pendant le XVIe et le XVIIe siècle, on ne s'occupe exclusivement que de l'étiologie et on laisse complètement les symptômes de côté. Hunter nia cette hérédité. Rosen, le premier, décrivit presque complètement la syphilis des nouveau-nés. En 1780, on créa à Vaugirard un hôpital spécial pour les femmes spécifiques et leurs enfants.

En 1781 parut un important travail de Doublet sur : «Les symptômes et le traitement de la maladie vénérienne dans les enfants nouveau-nés». Il y décrit fort exactement les lésions cutanées, muqueuses et viscérales des nouveau-nés syphilitiques, et dit que ces enfants peuvent n'être affectés que plusieurs mois après la naissance, et que même parfois ils périssent en peu de temps sans lésions apparentes. C'est ce que M. le professeur Fournier devait plus tard désigner sous le nom d'«inaptitude à la vie».

En 1810, Bertin étudia à fond la question et la mit singulièrement au point. D'ailleurs, cette hérédité occupa ensuite un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons : Ricord, Depaul, Trousseau, Cazeaux, qui la discutèrent à l'Académie de médecine, Gübler, qui étudia les lésions du foie chez les hérédo-syphilitiques, M. H. Roger et enfin Diday, dont les idées sont restées classiques depuis 1854.

Depuis lors, une foule de médecins se sont attachés à étudier la question. En Italie, nous citerons : Casati, Gamberini, Cerasi et Profeta ; en Allemagne, Auspitz, Bœrensprung, Mayr, Zeissl, Caspary, Forster et Lesvin ; en Angleterre, Mac-

donald, Hutchinson, Lee, Dunn ; en France, Langlebert, Lannelongue, Mollière, Ranvier, Cornil, Jullien, Sevestre, Parrot, et enfin les professeurs Pinard et Fournier.

Malgré cette pléiade de noms illustres, bien des points restent encore à éclaircir. On assiste aux faits, on observe mille manifestations différentes de la maladie, on place au sommet de l'arbre généalogique de la contagion le mal initial : la syphilis acquise par l'ascendant. Au dernier rang, au contraire, on inscrit la foule des lésions qui entachent le rejeton. Mais, entre ces deux états extrêmes, toute une série de lacunes, de vides encore non comblés, persiste et ne semble pas devoir être remplie prochainement.

———

Manifestations de l'hérédo-syphilis

La syphilis héréditaire peut frapper le fœtus *in utero;* l'embryon, dans certains cas, ne résiste pas au virus et meurt avant la fin de la gestation. L'œuf est alors expulsé par un avortement ou un accouchement prématuré.

D'autres fois l'embryon résiste et le nouveau-né apporte avec lui une syphilis ayant déjà évolué. Ou bien alors des lésions viscérales graves surviennent rapidement et amènent la mort précoce de l'enfant, ou bien le virus plus atténué ne se manifeste que par une éruption de pemphigus.

Mais souvent — et c'est ce qui a eu lieu dans notre observation — l'enfant entaché d'hérédité syphilitique ne présente aucun accident pendant les premières semaines ou les premiers mois qui suivent sa naissance. Dans ce cas c'est presque toujours au moment de la première dentition que les manifestations éclatent, du 4me au 6me mois après la naissance, par conséquent. C'est alors à de la syphilis infantile latente que l'on a affaire.

Étudions rapidement les manifestations les plus communes de l'affection.

Coryza syphilitique. — Le coryza est un accident précoce, faisant rarement défaut. Mais sa précocité n'en fait pas néanmoins une manifestation appartenant en propre à la syphilis immédiate. Il n'apparaît dans certains cas que tardivement, au moment de la première dentition. Toutefois, même lorsque il ne se manifeste qu'au bout de plusieurs mois, il est presque

toujours le premier symptôme de syphilis. Nous n'avons pas à insister sur cette forme de la maladie ; nous rappellerons seulement l'écoulement nasal d'abord séreux, puis sanieux, verdâtre, irritant les parties voisines jusqu'à l'ulcération, les croûtes épaisses toujours renouvelées, et l'atrésie narinaire qui peut en résulter.

Fissures labiales et conjonctivales. — Elles ne sont que des conséquences du coryza ou bien se développent en même temps que lui. Elles siègent aux conjonctives, aux lèvres, aux commissures et sont un bon signe d'hérédo-syphilis.

Régions ano-génitales. — On trouve parfois dans ces régions des fissures, des condylomes, ou des ulcérations.

Accidents laryngés et pulmonaires. — Ils ne sont pas rares. La voix est rauque, éteinte ou métallique. L'œdème de la glotte, simulant une laryngite striduleuse, peut entraîner rapidement la mort par asphyxie. Du côté du poumon, les lésions de broncho-pneumonie, de pleurite spécifique, et jusqu'à la suppuration du thymus ont été longuement étudiées par Balzer et Grandhomme.

Syphilides érythémateuses. — Cette éruption a longtemps été confondue à tort avec la roséole. Elle en diffère par sa teinte saumon foncée ou violacée au début, plus tard brunâtre, et par son siège localisé aux fesses, aux cuisses et aux jambes, le cou et le tronc en étant le plus souvent indemnes, contrairement à ce qui a lieu dans la roséole secondaire de la syphilis acquise.

Syphilides érythémateuses desquamatives. — Ces lésions sont caractérisées par un premier stade hyperhémique, suivi à

brève échéance d'une desquamation épaisse, blanche et sèche, débutant par les plis de la main, les talons, les malléoles et le cou. On n'observe jamais la moindre sécrétion au niveau des squames ; le plus souvent la desquamation est incessante, analogue à celle du pityriasis rubra.

Syphilides érythémateuses polymorphes ou érythémato-papuleuses polymorphes. — Les syphilides maculeuses proprement dites sont constituées par des plaques jambonnées étalées, cuivrées, sans desquamation, à bord circulaire et nettement limité. Elles siègent de préférence autour de la bouche, du nez, des paupières. Elles peuvent disparaître sans présenter d'autres modifications. Parfois elles deviennent confluentes et forment une nappe unique, qui peut se fissurer par suite de l'irritation chronique due aux liquides en contact ; il se forme alors des croûtes grisâtres qui ont valu à cette lésion le nom d'impétigo syphilitique.

Quant aux syphilides maculeuses polymorphes de Jacquet, elles constituent de véritables lésions squameuses analogues à celles de l'adulte : elles peuvent disparaître sans laisser autre chose qu'un pigment brunâtre qui finit par s'effacer ; elles peuvent aussi devenir papuleuses, soit dans leur totalité, soit à leur périphérie, qui semble aussi réaliser une véritable aréole de Biett.

Enfin nous ne ferons que signaler les autres manifestations cutanées, *syphilides papuleuses*, *papulo-érosives* tuberculeuses, gommeuses. ulcéreuses, ainsi que l'onyxis et la péri-onyxis spécifiques et l'alopécie non plus en clairière comme chez l'adulte, mais en bandes fronto-pariétales.

Lésions viscérales. — *Squelette.* — C'est Parrot qui, le premier, étudia les malformations osseuses de l'hérédo-syphilis.

Les lésions du crâne existent dans 75 pour 100 des cas ; on peut les ranger sous deux chefs nettement différenciables :

1° *Forme ulcéreuse* appelée encore *craniotabes*. — On se trouve en présence de véritables ulcérations osseuses siégeant sur l'occipital, les pariétaux et le frontal. Ces érosions, dues à un processus d'ostéité raréfiante, peuvent aboutir à la perforation.

2° *Forme proliférante* ou *ostéophytes*. — Les ostéophytes sont des bosselures occupant le frontal et les pariétaux. Comme dans les déformations dues au rachitisme, nous retrouvons le front *olympien*, due à l'exagération des bosses frontale. Si au contraire l'hypertrophie n'a porté que sur la ligne médiane, le front est dit *en carène*. D'autres fois les bosses pariétales s'exagèrent, l'hyperostose n'est réalisée que sur chaque hémicrane, le sillon médian persiste : c'est le crâne *natiforme*, nom dû à la ressemblance de ce sillon avec le sillon interfessier. Si le développement anormal intéresse tout le crâne, c'est de l'hydrocéphalie ; dans le cas contraire, il y a soudure prématurée des différents segments osseux, d'où résulte la microcéphalie.

Les os longs portent des périostoses, des exostoses, des gommes : ils sont, par le fait même de leur fragilité, exposés à des fractures spontanées. Les os courts et spécialement les phalanges laissent voir des dactyles syphilitiques, analogues au spina-ventosa.

Le tibia, l'humérus, les fémurs se déforment, se coudent, les côtes et le bassin peuvent aussi présenter des malformations analogues ; on a alors le *rachitis*, que Parrot, d'ailleurs, exclut du cadre de la syphilis.

L'*état général* lui aussi est fortement attaqué par la maladie. Le sang atteint dans ses éléments nobles est pauvre en

globules rouges ; les hématies décolorées, malades, crénelées lui donnent une teinte rosée et le rendent plus fluide que chez le sujet sain. Il s'ensuit une anémie grave, profonde, parfois même irrémédiable. L'enfant n'augmente pas de poids ; ce dernier peut même diminuer d'une pesée à l'autre d'une façon notable, il y a de la diarrhée, des vomissements, une inappétence presque absolue ; le malade se cachectise, et si l'organisme est plus profondément atteint, s'il y a une véritable infection générale avec prédominance du côté des muqueuses, l'athrepsie est réalisée.

D'ailleurs, les lésions ne portent pas uniquement sur la constitution intime du sang. L'appareil cardio-vasculaire tout entier est frappé. Nous ne parlerons pas de la myocardite scléro-gommeuse, qui est très rare. Mais nous ne pouvons passer sous silence les altérations du système artériel traduit par des hémorragies externes, purpura, ecchymoses sous-cutanées, ou internes, hématuries, hématémèses, hémoptysies, mélœna, etc.

Quant aux localisations sur le système nerveux tant central que périphérique, elles sont légion.

L'hydrocéphalie, les hémorragies méningées, la méningite, les scléroses et hémorragies cérébrales, l'épilepsie Jacksonnienne, les paralysies partielles, l'hémiplégie spasmodique infantile peuvent reconnaître la syphilis comme cause première. La maladie de Little semble aussi ressortir à l'hérédo-syphilis.

Les travaux de Gilles de la Tourrette ont jeté une clarté nouvelle sur la question des altérations médullaires. Et pour ce qui est du système nerveux phériphérique, moteur ou sensitivo-sensoriel de l'enfant entaché de syphilis héréditaire, on est toujours en droit de redouter pour lui des manifestations parasyphilitiques.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une revue générale

de l'hérédo-syphilis. Bien des points obscurs demeurent encore dans le tableau de cette affection. Il ne nous appartient pas d'éclairer d'un jour nouveau cette question si vaste, si intéressante et avant tout d'une éternelle opportunité. Mais avant d'étudier la pathogénie de cette tare héréditaire, nous avons tenu à montrer dans un court résumé combien était vaste le champ d'action du « mal sacré ». Plus qu'à tout autre il nous a été donné, au cours de notre longue carrière en Algérie, d'observer de près les ravages que la vérole exerce chez les Arabes. Et ce n'est pas tant par ses phénomènes acquis que la syphilis est redoutable, c'est surtout par les stigmates indélébiles qu'elle imprime sur les descendants de sujets contaminés qu'elle demeure la plus terrible tare qui puisse frapper des agglomérations entières, ainsi qu'il nous est souvent arrivé de le voir.

Rien n'est épargné par le virus spécifique. Squelette, viscères, système cutané, nerfs sensoriels, nerfs moteurs ou sensitifs, rien n'échappe à la contamination. Et même, lorsque la vérole semble laisser de côté certains organes, son champ d'action n'en est pas moins étendu jusqu'à ces mêmes organes, car les affections parasyphilitiques, qui ne sont pas d'ailleurs les moins graves, peuvent entrer en scène alors que l'on ne redoutait en rien leur apparition.

Mode d'action de la syphilis transmise des parents aux enfants

Il est un fait d'observation courante : c'est que la syphilis du père, sans infection préalable de la mère, est beaucoup moins grave pour le produit de conception que l'hérédité maternelle ou mixte. Comment expliquer ce fait? En première ligne, il est une raison qui explique la bénignité plutôt apparente que réelle de la syphilis paternelle : c'est que, dans de très nombreux cas, le pouvoir syphiligène du père ne s'exerce pas. Tous les sujets qui se marient en puissance de vérole sont loin d'avoir des rejetons contaminés. Le fait est banal et indiscutable. Mais on pourrait supposer que dans de pareils cas l'innocuité est due à la guérison antérieure à la procréation ; en un mot, les sujets seraient guéris avant d'avoir des enfants sains. Or, il est loin d'en être toujours ainsi. On voit journellement des hommes entachés de syphilis en pleine évolution secondaire avoir des rejetons indemnes, pourvu, bien entendu, que la mère reste saine. Quant à donner le pourquoi de ces faits que Cullerier n'hésitait pas à traiter de stupéfiants, nous ne pouvons le faire. Mais nous nous bornerons, avec le professeur Fournier, à les enregistrer sans trop les comprendre ni les expliquer.

D'un autre côté, les auteurs qui se sont occupés de l'hérédité syphilitique, les accoucheurs, les spécialistes, ont remarqué que lorsque la syphilis initiale appartient uniquement au père, elle est pour l'enfant la source non d'accidents syphilitiques, mais de lésions d'ordre extrasyphilitique.

Deux cas se présentent :

1° Le fœtus meurt *in utero*, et de là résultent des avortements ou des accouchements prématurés.

2° Le fœtus naît, et meurt d'ordinaire à brève échéance, mais sans présenter de lésions spécifiques réelles.

Dans quelques observations relativement rares, il y a des signes de syphilis chez l'enfant, mais le pourcentage de ces faits n'atteint pas 20 pour 100.

Nous en conclurons donc que l'influence hérédo-syphilitique du père se traduit bien plus souvent par la mort de l'enfant que par la transmission de la syphilis à l'enfant.

Hérédité maternelle. — L'influence de la mère n'est mise en doute par personne, même lorsqu'elle est seule syphilitique ; mais la mère a pu être contaminée soit avant la grossesse, soit au moment de la conception, soit alors qu'elle était déjà enceinte.

Dans les deux premiers cas, tout le monde est d'accord, l'infection peut avoir lieu. Il n'en est pas toujours de même dans le dernier ; quelques auteurs ont, en effet, pensé que la transmission de la syphilis n'était plus possible à partir du sixième ou du septième mois de la grossesse. L'explication de ce fait serait pour Maugiagalli, dans la durée de la seconde incubation ou période de temps qui s'écoule entre l'accident primitif et l'apparition des manifestations générales. On devrait donc dire que le fœtus est indemme de la syphilis quand il naît dans la période de la seconde incubation. Cette hypothèse n'est pas admissible, car des faits rapportés par Hutchinson et Vadja ont montré que la mère infectée, même après le septième mois, pouvait transmettre à l'enfant la syphilis héréditaire.

Dans d'autres cas, la véritable source de l'infection .de la mère serait son enfant. La mère saine jusque-là deviendrait syphilitique pendant la grossesse et de par la grossesse : il

existe alors ce que Diday a appelé la syphilis par conception. Chez ces femmes, en effet, on ne peut jamais retrouver l'accident initial, le chancre primitif. Après avoir vécu des mois et des années avec leurs maris sans être infectées, elles n'ont eu la vérole qu'après être devenues enceintes. La contagion se ferait alors, selon l'hypothèse d'Hutchinson, par l'intermédiaire de la circulation utéro-placentaire. Il y aurait là une véritable contamination par choc en retour.

Hérédité mixte. — Si le père et la mère sont tous deux syphilitiques, l'enfant a les plus grandes chances d'être lui-même syphilitique. Cependant, si la syphilis de l'enfant est alors très probable, elle n'est pas fatale.

Il nous reste maintenant à étudier rapidement les conditions qui peuvent modifier l'influence hérédo-syphilitique, et cela dans un sens ou dans un autre, soit en atténuant, soit en exagérant cette influence.

Tout d'abord, rappelons que l'hérédité syphilitique n'est jamais fatale ; qu'elle provienne du père seul, de la mère seule, ou des deux procréateurs, elle est possible, elle est probable, elle n'est jamais inéluctable. C'est à juste raison que Diday disait : «Si le premier caractère d'une maladie transmissible est de se transmettre, le second est de pouvoir ne pas se transmettre».

Une condition toute puissante pour modifier l'influence héréditaire de la syphilis, c'est sûrement l'âge même de la maladie. Il est évident qu'une syphilis récente de quelques mois, en pleine période secondaire, sera plus grave si elle est transmise par descendance, qu'une vérole vieille de dix ans et sans manifestations. Le virus syphilitique s'atténue en vieillissant. Certains auteurs ont même soutenu qu'il n'y avait plus d'hérédité possible à partir de la période tertiaire. Sans aller jusqu'à partager leur avis, on est obligé de recon-

naître l'influence heureuse du temps ; cette influence est d'ailleurs mise en relief pour ce qui a lieu au point de vue des enfants de parents spécifiques. L'exemple est courant autant que classique, père et mère syphilitiques. Première grossesse, avortement à 3 mois ; deuxième grossesse, avortement à 6 mois ; troisième grossesse, naissance à terme d'un enfant moribond ; quatrième grossesse, enfant né à terme, mais syphilitique avéré, mort quelques mois plus tard ; cinquième, enfant syphilitique résistant et survivant ; sixième et ultérieures, enfant sain. Les exemples de ce genre ne sont pas inventés à plaisir, mais ne sont que l'expression de l'exacte réalité.

Le traitement est lui aussi un puissant modificateur. On comprend aisément qu'une syphilis traitée soit moins facilement transmissible qu'une affection ignorée ou vierge de tout traitement. Pour l'hérédité paternelle, la chose est notoire et indiscutable. Une femme qui n'avait jamais pu mener une grossesse à terme accouche d'enfants absolument sains aussitôt que son mari s'est sérieusement traité. Mais le traitement corrige aussi la syphilis maternelle ou mixte. L'observation courante, la clinique de tous les jours sont là pour vérifier ces théories, et c'est par milliers que l'on peut compter les résultats obtenus dans cette voie par un traitement énergique approprié et surtout prolongé longtemps après la disparition de toute manifestation morbide.

Observation

Due à l'obligeance de M. le Dr Germain; — Recueillie dans le service de M. le professeur Baumel

Henriette A..., huit mois, crèche No 1.

Cette enfant est née à la Maternité le 14 juin 1903, à 10 heures du matin. Accouchement normal: un circulaire peu serré. Enfant bien constituée; longueur totale 31 centimètres. Poids 3 k. 480. Poids du placenta, 580 grammes. Nous ferons remarquer, en passant, qu'il n'y a pas ici de disproportion notable entre le poids du fœtus et celui du délivre. Si ce dernier dépasse en effet la moyenne, il est bon de noter que l'on a affaire à un gros enfant de près de 7 livres. Le poids diminua jusqu'au 9me jour, où il égalait 3 k. 350, puis reprit une marche ascendante jusqu'au 21me jour, date de la sortie de la Maternité, où il égalait 3 k. 950. La peau était rosée, le cordon tomba le 6me jour: aucune trace de spécificité ne fut relevée durant les 21 premiers jours.

L'enfant fut abandonnée par sa mère qui disparut sans laisser de traces, après l'avoir confiée à une nourrice: celle-ci remit la fillette à l'Assistance publique. La petite malade, après avoir fait un séjour de courte durée à la clinique ophtalmologique, entra dans le service de M. le professeur Baumel le 19 février 1904.

A ce moment, l'enfant, âgée de huit mois, cachectisée et profondément amaigrie, est très pâle; les téguments ont un aspect presque terreux. La peau des membres est flasque et ridée; on voit que l'amaigrissement a été rapide et notable. Il existe à la face des éléments éruptifs érythémato-papuleux; la nuque et le cuir chevelu présentent des placards rouges,

secs et desquamants. Enfin, dans chacun des deux sillons rétro-auriculaires, on trouve des lésions de syphilis impétigineuse, sous forme de plaques rose vif, bordées d'une aréole violacée et plus humides que celles du cuir chevelu. Les fesses offrent au regard des taches arrondies ou ovalaires, irrégulières, de couleur saumon, vraies syphilides maculeuses polymorphes de Jacquet.

Le ventre est relativement gros et dur. Il existe un coryza persistant ayant déterminé des ulcérations rouges et assez profondes de la lèvre supérieure. Le crâne est natiforme.

L'enfant ne tousse pas, n'a ni vomissements, ni diarrhée. Les divers appareils paraissent intacts. On ne remarque aucune lésion viscérale en dehors du gros ventre. Il n'y a pas de fièvre.

Le diagnostic posé dès ce premier examen est celui de : syphilis héréditaire proprement dite avec athrepsie secondaire, coryza spécifique et éruptions érythémato-papuleuses disséminées.

On institue le traitement spécifique.

25 février. — On trouve à la visite l'enfant plus abattue que de coutume. La température est de 39°4. Il y a eu un peu de diarrhée dans la nuit. On sent à travers la gencive la pointe de l'incisive médiane inférieure gauche.

26 février. — Température complètement tombée à 37°2. Les jours suivants, la température reste à peu près normale; mais il persiste un peu de diarrhée et le poids a baissé de 430 grammes du 23 février au 5 mars.

5 mars. — A partir de cette date, la température s'élève de nouveau, mais d'une façon discontinue et très irrégulière : elle revêt à différentes reprises le type inverse. La diarrhée et la toux persistent, bien qu'atténuées. L'examen ne révèle cependant que quelques râles de bronchite à la base droite.

10 mars. — Depuis le 10 mars, il s'est fait une nouvelle

éruption ; on a affaire cette fois à des syphilides franchement érosives situées sur les fesses, le pourtour de l'anus et les grandes lèvres. Il semble, du côté de la température, que la courbe thermique, dans son ensemble et malgré son irrégularité, s'élève progressivement.

23 mars. — Le poids de l'enfant accuse cependant une légère augmentation quotidienne. Au point de vue de l'évolution dentaire, l'incisive médiane inférieure gauche apparaît à peine et évolue très lentement.

30 mars. — Le matin, le thermomètre monte à 41°. La fillette tousse beaucoup. L'auscultation laisse percevoir une submatité très appréciable et un souffle au sommet droit. Quant aux accidents cutanés, les lésions de la face semblent s'améliorer. Le coryza lui aussi s'atténue et, depuis plusieurs jours, la rhinite est moins intense.

12 avril. — L'ascension de la courbe de température, qui s'élevait progressivement, arrive brusquement à 41°1. La submatité et le souffle augmentent au sommet droit. La base du même côté présente de nombreux râles humides. De temps en temps, selles diarrhéiques.

Reprenons maintenant en détail les différentes étapes de l'observation que nous venons de relater et analysons chaque symptôme.

La naissance s'est effectuée à terme ; la femme est secondipare ; le premier enfant, très bien constitué, est mort à deux mois environ. Celui-ci à la naissance pèse 3 k. 450. C'est donc un gros enfant dépassant la moyenne normale de près d'une livre. Le placenta pèse 580 grammes. Il est en excès de 80 gr. sur la moyenne ; mais que pouvons-nous y trouver d'étonnant ? nous avons affaire à un gros œuf ; il est tout naturel que l'arrière-faix soit proportionné au fœtus ; il n'y a pas ici une de ces disproportions notables comme il en existe

dans certains cas de syphilis avérée. Quand on se trouve en présence d'un placenta de 580 gr. et d'un enfant de 2 kilos ou 2 k. 200 gr., on est en droit de soupçonner la vérole : ici rien ne légitimerait cette supposition.

Durant les 9 premiers jours du post-partum, l'enfant perd de son poids, selon la règle ordinaire, puis la courbe remonte, et quand il sort le 21me jour, il pèse 3 k. 950. Pendant ces 21 jours, aucune trace de spécificité n'a été relevée ; pas un seul accident cutané ou autre à signaler ; pas de coryza. Aussi l'enfant est-il confié par la mère à une nourrice.

Quand 8 mois après la fillette arrive au service de M. le professeur Baumel, le signe le plus visible, celui qui de prime abord fixe l'attention de l'observateur, c'est l'aspect extérieur. L'enfant est très amaigrie, sa peau est ridée, plissée, flasque, elle lui donne l'air vieillot caractéristique ; de plus, la coloration des téguments, au lieu d'être d'une teinte rosée, est terne, jaunâtre, terreuse. Cet aspect seul dénote un profond degré de débilité, une cachexie avancée et absolument spéciale. L'anémie, la cachexie, l'athrepsie peuvent en effet exister de par d'autres causes que l'hérédo-syphilis ; mais l'infantilisme qui est alors réalisé manque de la teinte caractéristique aux sujets entachés de syphilis.

Mais l'examen des téguments nous renseigne mieux encore. Les éléments éruptifs érythémato-papuleux, les placards rouges secs et desquamants qui remplissent le cuir chevelu, enfin les lésions impétigineuses rétro-auriculaires, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature du diagnostic.

Parmi les symptômes que nous relevons chez cette enfant, deux surtout méritent de nous arrêter plus longuement : les manifestations pulmonaires et la fièvre.

Les manifestations pulmonaires sont fort intéressantes : l'enfant tousse et l'auscultation ne fait tout d'abord percevoir que des râles de bronchite à la base droite.

Mais quelques jours plus tard, voici que l'on trouve de la submatité au sommet droit, accompagnée d'un souffle qui augmente de jour en jour. En même temps, les râles humides deviennent de plus en plus nombreux à la base du même côté.

Quelle interprétation devons-nous donner à ces symptômes? Quelle est l'affection qu'ils trahissent? La question est fort difficile à résoudre. N'oublions pas que Balzer et Grandhomme ont décrit chez les hérédo-syphilitiques :

1° Une broncho-pneumonie à forme de congestion pulmonaire et de spléno-pneumonie.

2° Une broncho-pneumonie à noyaux disséminés ou agglomérés, ayant l'allure de broncho-pneumonies infectieuses.

3e Une broncho-pneumonie avec hépatisation blanche sans lésion bronchique, avec dégénérescences fibro-caséeuses ou gommeuses.

4° Enfin, la broncho-pneumonie avec lésions bronchiques.

Quelle est de ces quatre modalités celle à qui nous devons arrêter notre diagnostic? La question est fort délicate. Si le souffle au sommet milite en faveur de la première forme, les râles disséminés à la base nous mettent en droit de supposer qu'il existe aussi des lésions bronchiques. D'un autre côté, la submatité, nettement accusée au sommet et au tiers moyen, prouve qu'il y a une hépatisation assez avancée du parenchyme pulmonaire. Mais aucun signe ne permet de préciser le diagnostic et nous croyons plus sage de le suspendre.

Quant à la courbe thermique, elle est assez intéressante pour être étudiée en détail.

Nous la voyons, en effet, de 36°2 le 19 février, arriver le 30 mars à 41°, et à part un clocher qui s'est élevé à 39°4 le 25 février, l'ascension s'est faite progressivement, bien qu'assez irrégulièrement. Nous voulons dire que sans nous présenter une élévation régulière, la courbe progresse quand même de

jour en jour, révélant parfois le type inverse, laissant des périodes de dépression succéder à des hyperthermies brusques et difficiles à expliquer.

Il est évident que ce n'est pas l'état pulmonaire qu'il faut rendre responsable de ce tracé bizarre. Alors à quoi faut-il rattacher ces températures extraordinaires que nous trouvons le 30 mars à 41° et le 2 avril à 37°?

Or, il convient, en présence de pareils faits, de se rappeler combien la syphilis héréditaire influe sur l'évolution dentaire. L'un des premiers signes de l'hérédo-syphilis est le retard et la difficulté de l'évolution dentaire. Ceci posé, observons que nous avons affaire à une fillette anémiée, débilitée, résistant mal à toutes les maladies intercurrentes, et cela de par la tare qui pèse sur elle. Observons d'un autre côté combien chez certains enfants parfaitement sains les époques d'apparition des dents correspondent à des périodes d'agitation, de morbidité spéciale. Rappelons-nous l'eczéma de dentition, l'hyperthermie liée à l'apparition de chaque dent, hyperthermie d'observation vulgaire et qui fait prévoir à toutes les nourrices la sortie d'une couronne dentaire. Et ayant présentes à l'esprit ces diverses données, il nous sera aisé de conclure de l'effet à la cause. La courbe est uniquement liée aux troubles de l'évolution dentaire chez notre malade mise en état d'infériorité par son hérédo-syphilis.

Quelle autre cause pourrait, en effet, être invoquée? Les lésions de l'appareil pulmonaire ne sont pas assez étendues pour justifier 41°. De plus, l'hyperthermie a fait sa première apparition juste le jour où l'on a senti à travers la gencive la pointe de l'incisive latérale inférieure gauche, et cela bien avant que l'enfant tousse et que l'on ne perçoive les troubles respiratoires.

Il y a aussi de la diarrhée. Mais celle-ci, au lieu d'être la cause de l'hyperthermie, n'est probablement, comme elle, que

la traduction d'un état général mauvais, incapable de lutter contre les germes morbides. Qu'y a-t-il d'étonnant que chez cette malade anémiée et cachectisée, il y ait des troubles de l'appareil digestif? Le contraire nous étonnerait.

Nous conclurons donc de l'étude de notre observation à une syphilis infantile proprement dite, avec troubles du côté de l'évolution dentaire et hyperthermie inhérente à ces troubles.

PRONOSTIC

Quel est le sort des enfants entachés d'hérédo-syphilis? — Plusieurs cas sont à distinguer.

Au point de vue étiologique, on peut les classer selon l'origine du virus. Au point de vue du temps et du traitement, la classification peut encore varier. Mais cette façon de pronostiquer serait évidemment arbitraire, car divers éléments peuvent se rencontrer chez le même rejeton.

I. *Pronostic d'après l'étiologie.* — *a*) Hérédité par transmission paternelle. — Elle est la moins novice des trois parce qu'elle s'exerce le moins souvent. Mais quand elle s'exerce, elle se traduit par la mort du fœtus *in utero*, ou la naissance d'enfants moribonds.

b) Hérédité maternelle. — Elle est infiniment plus dangereuse que l'hérédité paternelle, parce qu'elle a une répercussion presque fatale sur le fœtus. Fournier a relevé 80 pour 100 de mortalité en pareil cas.

c) Hérédité mixte. — Elle est plus nocive que l'hérédité exclusive du père ou de la mère. On comprend *à priori* le pourquoi de cette influence ; au lieu d'un seul facteur étiologique, on en trouve deux. Rien d'étonnant à ce que les effets soient doublement redoutables.

II. *Pronostic d'après le temps.* — Plus la syphilis des géniteurs sera ancienne au moment de la conception, moins elle

sera dangereuse. Il ne faudrait pas cependant se reposer sur l'ancienneté de la contamination pour se donner une fausse sécurité. Le temps diminue le pouvoir morbide du virus, mais ne le tue pas. Ce facteur, tout en favorisant le pronostic, doit néanmoins le réserver.

III. *Pronostic d'après le traitement.* — Celui-ci offre plus de garantie. On a prétendu qu'après six mois de traitement intensif le sujet atteint pouvait procréer sans danger pour le rejeton. Il sera toujours bon de dépasser cette limite et de traiter à outrance tout syphilitique qui viendrait demander conseil pour se marier, ou au sujet d'une grossesse.

Mais le pronostic ne doit pas uniquement être réglé d'après les parents. L'état de l'enfant sera le plus sûr guide dans la voie si délicate de l'interprétation des faits. *A priori*, il devra toujours être réservé. Car, même bien soigné, soumis au traitement intensif, surveillé par un médecin consciencieux, le syphilitique héréditaire peut se relever de ses atteintes purement syphilitiques et ne pas échapper aux affections parasyphilitiques, plus redoutables dans bien des cas que la vérole elle-même.

TRAITEMENT

Quel sera le traitement à apporter à l'hérédo-syphilis? Nous le diviserons en deux ordres nettement distincts :

1° Le traitement prophylactique ;

2° Le traitement curatif.

I. *Traitement prophylactique.* — Il est évident que dans une infinité de cas, le traitement prophylactique ne sera pas appliqué. Beaucoup de syphilitiques se surveillent si peu qu'ils ignorent leur maladie. D'autres la cachent le plus soigneusement possible, soit par honte irraisonnée, soit pour raisons de famille ou autres. D'autres enfin se savent spécifiques, l'avouent si on les questionne, mais en négligent totalement la médication, ou se croient guéris après avoir ingurgité quelques douzaines de pilules de Ricord, ou un demi-litre de sirop de Gibert. Ces derniers cas concernent plus spécialement la syphilis d'origine paternelle.

La syphilis est encore plus souvent ignorée chez la femme qui a bien des fois été contaminée sans s'en douter. L'accident initial passe chez elle souvent inaperçu et l'on conçoit aisément qu'un chancre du col de l'utérus ne sera découvert, même par le médecin, qu'après un examen gynécologique complet. D'autre part, combien sont peu rares les malheureuses à qui leurs maris apportent comme cadeau de noce une indubitable contamination et qui se laissent ronger par le virus syphilitique sans se douter de la cause de leur mauvais état de santé.

On conçoit donc que les cas où la syphilis peut être traitée prophylactiquement ne constituent que des exceptions.

Mais, dans certaines occasions, il est loin d'en être ainsi. Bon nombre de sujets syphilitiques ne se marient qu'après avoir pris conseil de leur médecin ; ou bien, une fois mariés, vont lui demander la conduite qu'ils doivent suivre. Dans ces cas favorables, on a beau jeu pour combattre le mal dès le début.

Comme c'est presque toujours le mari qui introduit la syphilis dans le ménage, c'est lui que l'on devra traiter tout d'abord.

Avant le mariage, on lui montrera les dangers de la syphilis héréditaire, on ne lui permettra de se marier qu'après trois ou quatre ans d'un traitement rigoureux : s'il n'est pas guéri après cette période, il est au moins infiniment moins dangereux pour sa femme et ses enfants.

Si l'on ne voit le malade qu'après le mariage, la conduite est exactement la même. Conseils, remontrances devront être associés à un énergique traitement mixte. Au bout de six mois de ce régime, l'enfant qui sera procréé n'a, d'après M. Fournier, que 3 pour 100 de chances de mourir.

A plus forte raison quand père et mère seront contaminés, le traitement devra être institué rigoureusement pour chacun d'eux.

Quel sera-t-il ?

Si la syphilis n'a pas encore voulu laisser découvrir le micro-organisme qui la produit, elle a eu par contre, dès l'antiquité, son remède vraiment spécifique : le mercure.

On a déclaré le mercure nuisible à la femme enceinte, surtout au point de vue des troubles gastriques. Cette assertion a pu être motivée par des cas d'intolérance absolue à l'égard du bi-iodure d'hydrargire, ce sel indigeste par excellence. Mais la chimie moderne a multiplié les composés organiques,

peptonate, albuminate, gallate, tannate, cacodylate de mercure, qui sont mieux supportés par les estomacs les plus susceptibles. Et d'ailleurs l'expérience journalière suffit à réfuter ces attaques; l'anémie syphilitique, si redoutable chez la femme gravide, ne peut être combattue que par le mercure, que l'on a si justement nommé «le fer de la vérole».

Lorsque la syphilis des parents est déjà ancienne, on ne peut que gagner à associer le sel mercuriel à l'iodure de potassium. Ces deux remèdes, unis dans une même préparation (sirop de Gibert, par exemple), constituent le traitement mixte. Nous avons pu voir souvent dans notre clientèle arabe les merveilleux effets de cette médication. Est-ce parce que l'indigène se nourrit presque exclusivement de végétaux et qu'il est rarement alcoolique que la sclérose envahit moins rapidement ses artères que celles de l'Européen? Peut-être. Toujours est-il que des doses relativement minimes suffisent à faire disparaître des accidents d'un aspect effrayant et à enrayer rapidement des syphilis d'allure malique.

Mais ce traitement prophylactique n'est pas le plus souvent appliqué, nous avons expliqué pourquoi.

Aussi est-ce au traitement curatif qu'il faut la plupart du temps avoir recours.

Supposons un enfant atteint de syphilis héréditaire proprement dite, prenons par exemple la fillette qui fait l'objet de notre observation. Quelle conduite allons-nous tenir à son égard ?

L'anémie profonde dans laquelle elle était plongée réclamait des soins immédiats et énergiques. Le seul traitement mercuriel lui était applicable. Aussi suivrions-nous en pareil cas l'exemple de notre maître qui institua d'emblée la médication antisyphilitique.

Nous ordonnerons la liqueur de van Swieten du codex, c'est-à-dire :

Sublimé	1 gr.
Alcool	100 gr.
H^2O	900 gr.

à la dose de 20 gouttes par jour, réparties en quatre fois. Nous pourrons aussi y associer le cacodylate de soude à dose faible comme adjuvant destiné à relever le tonus général.

S'il y a intolérance gastrique, on remplacera l'ingestion de liqueur de van Swieten par des frictions mercurielles faites aux plis articulaires avec une petite quantité d'onguent napolitain.

Reste à traiter les lésions apparentes du système cutané. Souvent la simple propreté unie au traitement interne suffit à amener la guérison rapide des syphilides. Mais lorsque l'on sera en présence d'érosions ou de syphilides papulo-squameuses, ou érythémato-papuleuses, il sera utile de laver les lésions à la liqueur de Labarraque et de poudrer ensuite avec une poudre inerte ou avec du calomel. Il sera bon de surveiller les yeux et les dents des sujets pour favoriser le percement des gencives, et éviter ainsi les accidents généraux si redoutables.

CONCLUSIONS

I. L'hérédo-syphilis se manifeste diversement selon le générateur en puissance de syphilis.

II. Nous reconnaîtrons donc trois genres d'hérédité :

1° Hérédité paternelle ;

2° Hérédité maternelle ;

3° Hérédité mixte.

III. Le temps est un puissant modificateur de l'influence de la syphilis des ascendants.

IV. Le traitement spécifique longtemps prolongé peut empêcher la transmission héréditaire de la vérole.

V. Dans l'observation que nous avons relatée, il est intéressant de suivre l'évolution dentaire retardée par l'hérédo-syphilis et donnant lieu à des températures très élevées.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 avril 1904.
Le Recteur :
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 avril 1904.
Le Doyen :
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Augagneur. — Syphilis et grossesse. — *Province médicale*, N° 4, 1892.

Baginsky. — Traité des maladies des enfants, p. 297.

Beaumel. — Syphilis héréditaire. — *Wiener med. Presse*, 5 mai 1895.

Bertin. — Traité de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés. — Paris, 1810.

Benjamin Bell. — Traduction Bosquillon, t. II, p. 608.

Blaise. — Etat actuel de la science sur l'hérédité syphilitique. — Th. d'agrégation. Paris, 1883.

Breakay. — Syphilis et mariage. — *Journal american Med. ass.*, 12 décembre 1896.

Bouchut. — Maladies des nouveau-nés. — Paris, 1878, p. 1056.

Budin. — Leçons de clinique obstétricale.

Budin et **Chavane.** — Communication à l'Académie de médecine sur le lait stérilisé. 1894.

Bricart. — Transmission syphilitique du père à l'enfant avec immunité de la mère. 1871.

Brébant. — Transmission de syphilis héréditaire du père aux enfants sans infection de la mère. — Soc. méd. de Reims, *Bulletin* N° 11.

Cathelineau. — Passage du mercure de la mère au fœtus dans le traitement antisyphilitique fait pendant la grossesse. — *Bulletin de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1889, p. 62-107.

Cassowitz. — De l'hérédité et de la transmission de la syphilis. 1884. — *Ann. de dermatol.*, t. III, p. 772.

Caspary. — Genèse de la syphilis héréditaire. — *Arch. f. derm.*, XLIV, 1, 1896.

Coffin. — Les différents modes d'administration du mercure dans la syphilis. — *Gaz. hebdom.*, Paris, 27 janvier 1894.

Charrier. — Hérédité syphilitique. — *Arch. génér. de méd.*, 1862, t. II.

Cullérier. — Hérédité de la syphilis. — Mémoires de la Soc. de chirurgie de Paris, 1851, t. IV.

Damourette. — Thèse de Paris, 1893.

Despine et Picot. — Maladies de l'enfance.

Diday. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, article *Syphilis.*

V. Diday. — Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. — Paris, 1854.

P. Diday. — Le péril vénérien dans les familles. — Paris, 1881.

Doublet. — Mémoire sur les symptômes et le traitement de la maladie vénérienne chez les nouveau-nés. 1781.

Durac. — De l'hérédité de la syphilis. — Th. Montpellier, 1866.

Dron. — Syphilis héréditaire. — Soc. franç. de dermatologie, août 1894.

Etienne. — De l'influence du traitement de la mère syphilitique, surtout pendant la grossesse, sur la santé du nouveau-né. — *Ann. gynécol.*, 1882.

Fierth. — *Die pathologie und Therapie des hereditares Syphil.* — Vienne, 1879.

Fournier. — L'hérédité syphilitique.
— Syphilis héréditaire tardive.
— Syphilis et mariage.
— Traitement de la syphilis.
— Les affections parasyphilitiques.
— De l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis.
— *Médecine moderne*, 1890.

Krikus Hélène. - Maladie des enfants hérédo-syphilitiques. Thèse Paris, 1890.

Hallopeau. — Du mercure. Action physiologique et thérapeutique. — Th. d'agrég., Paris, 1878.

Hutchinson. — *Transmiss. of syph. from Parents to off sprung.* — *Arch. of dermat.*, vol. 5, p. 99.

Lervin. — Syphilis congénitale. — Soc. méd. Berlin, 1873.

Langlebert. — La syphilis dans ses rapports avec le mariage. — Paris, 1873.

Marlier. — Syphilis conceptionnelle. — Th. Paris, 1897.

Mireur. — Essai sur l'hérédité de la syphilis. — Th. Paris, 1867.

Mauriac. — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. — *Gaz. méd.*, 1880, p. 308.

Maine. — Le mariage des syphilitiques. — *Méd. Rec.*, déc. 1894.

Monson. — Hérédo-syphilis. — *Sem. médic.*, 10 août 1890.

Notta. — Mémoire sur la transmission héréditaire de la syphilis. — *Arch. de méd.*, 1860.

Owre Adam. — Etiologie de la syphilis héréditaire.— Paris, 1879.

Porter. — Mariage des syphilitiques. — *Colleg. of Phys.* — Philadelphie, 13 avril 1894.

Parrot. — La syphilis héréditaire et le rachitis.

Richard. — Hérédité dans la syphilis. — 1870.

Richard d'Aulnay. — De l'influence de l'hérédo-syphilis dans les avortements et la mortalité infantile. — *Arch. de tocol.*, décembre 1894.

Riocreux. — Hérédité paternelle de la syphilis. — Th. Paris, 1888.

Spillmann et Etienne. — Syphilis familiale. — *Ann. de dermat.*, V, 6, 1894.

Stef. — Mercure et grossesse. — Th. de Paris, 1891.

Swediam. — Maladies syphilitiques, t. II, p. 192.

Zeissl. — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire. — *Gaz. méd.*, 1880, p. 308.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque! -